



POUVOIR JUDICIAIRE

A/98/2005

ATAS/261/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 28 février 2006

En la cause

Monsieur R_____, comparant avec élection de domicile en
l'Etude
de Maître NERFIN Corinne

recourant

contre

LA MOBILIERE SUISSE ASSURANCES, ayant son siège
Bundesgasse 35, 3001 BERN, comparant avec élection de domicile
en l'Etude de Maître GRUMBACH Philippe

intimée

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur R _____ est né le _____ 1965 au Kosovo. Depuis 1987, il réside en Suisse.

Dès 1988, il s'est établi à Genève et a travaillé dans le bâtiment (charpenterie). Il était alors couvert par la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) en qualité de salarié.

2. Au début de l'année 1998, il a travaillé comme parqueteur indépendant et a créé sa propre entreprise, RANA NET. Celle-ci a été inscrite au registre du commerce (RC) le 22 novembre 2002.

En date du 15 avril 1998, il a conclu avec la MOBILIERE SUISSE (ci-après la MOBILIERE) une assurance-accidents individuelle valable du 5 mars 1998 au 31 mars 2003.

Aux termes de ce contrat d'assurance, en cas d'incapacité de travail relative à un accident professionnel ou non-professionnel, des indemnités journalières de 120 fr. étaient dues à l'assuré pour une durée de 730 jours, un délai d'attente de sept jours étant prévu.

Le 10 octobre 2000, le contrat a été modifié. Selon l'avenant, le montant des indemnités journalières dues en cas d'accident a été augmenté à 170 fr.

3. L'assuré a été victime de divers accidents pris en charge par la SUVA, lorsqu'il était salarié, puis par la MOBILIERE:

- Le 14 juin 1989, il a subi des brûlures au visage ainsi qu'à la main gauche en tentant d'allumer un feu avec de l'essence et a été en incapacité de travail durant plusieurs mois.
- Le 5 juillet 1989, l'assuré a consulté le Dr A _____ et s'est plaint de douleurs lombaires au bassin et à la hanche, affirmant qu'il était également tombé lors de l'accident précité.
- Le 25 octobre 1994, en transportant un meuble, l'assuré s'est cogné le dos à un autre meuble en reculant. Une lombalgie a été diagnostiquée.
- Durant l'année 1995, l'assuré a consulté le Dr H. B _____ après s'être bloqué le genou droit par deux fois, la première fois en glissant dans sa baignoire et la seconde fois en nettoyant le sol. Il a dû alors subir une arthroscopie, avec ménissectomie interne et externe partielle du genou droit. Selon un certificat intermédiaire adressé à la SUVA par le Dr B _____, il y

a eu une nette amélioration des douleurs du genou pendant dix jours environ après l'intervention puis les douleurs sont réapparues.

- En avril 2001, l'assuré a fait une chute dans les escaliers en portant un meuble. Il a consulté le Dr C_____ auprès duquel il s'est plaint de douleurs au genou gauche. Une IRM du genou gauche a été effectuée le 24 avril 2001. Cette IRM a mis en évidence une lame de liquide intra articulaire, une déchirure "grade II" des cornes moyennes et postérieures du ménisque interne, une dégénérescence du ménisque externe et une dégénérescence de la partie proximale du ligament croisé postérieur.
- Le 26 mai 2001, l'assuré s'est à nouveau plaint au Dr C_____ de douleurs au genou droit sans traumatisme déclaré.

Une IRM du genou droit effectuée en date du 31 mai 2001 a notamment mis en évidence l'existence d'un épanchement intra articulaire, la redéchirure des cornes postérieures et moyennes du ménisque interne (déchirure de grade III), une importante dégénérescence kystique au niveau de la corne antérieure du ménisque externe et un discret signe de gonarthrose.

- En date du 26 novembre 2001, l'assuré s'est blessé alors qu'il posait un parquet. Il s'est retourné brusquement et a senti son genou droit craquer.

Le 28 novembre 2001, le Dr C_____ a diagnostiqué une torsion du genou droit avec lâchage du genou. Il s'agissait d'une lésion méniscale interne du genou droit. Le Dr C_____ a reconnu l'assuré incapable de travailler à 100% à partir de cette date.

Le 25 janvier 2002, le Dr M. D_____ a pratiqué une arthroscopie du genou droit et a conclu à une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Le cartilage de la rotule et de la trochlée présentait une chondromalacie stade I, ainsi qu'une plica parapatellaire interne de dimension normale.

L'assuré a été en incapacité de travail complète du 26 novembre 2001 au 4 juin 2002. Il a recommencé à travailler à 50% le 5 juin 2002 et à 100% le 3 juillet 2002.

4. Le 13 janvier 2003, l'assuré a ressenti une nouvelle fois de fortes douleurs au genou droit qui l'ont empêché de travailler. Dans un courrier du 12 mars 2003 adressé à la MOBILIERE, le Dr D_____, consulté pour une récurrence de la douleur, a rappelé que l'assuré avait subi une résection du ménisque interne droit en 1995, qu'une douleur brutale était apparue en mai 2001 et que, le 25 janvier 2002, l'on avait pratiqué une résection arthroscopique du reliquat méniscal interne et de la déchirure du ménisque externe du genou droit. Depuis juin 2002, l'assuré avait été

pratiquement asymptomatique. Le Dr D _____ a posé le diagnostic de tendinite rotulienne.

5. En date du 7 avril 2003, la MOBILIERE a résilié le contrat d'assurance sur sinistre, conformément à l'article D3 al. 1 de ses conditions générales d'assurance.
6. Dès le 19 mars 2004, l'assuré a ressenti de nouvelles douleurs à son genou droit suite à un faux mouvement de sa jambe droite qui selon lui étaient liées à l'accident du 26 novembre 2001.

Selon un certificat établi le 19 mars 2004 par le Dr D _____, il s'est trouvé à nouveau en incapacité totale de travailler dès cette date.

Cette incapacité de travail a été également attestée par le Dr E _____, nouveau médecin traitant, consulté ultérieurement.

7. A l'annonce de ce sinistre, par courrier du 22 avril 2004, la MOBILIERE a prié l'assuré de se soumettre à une expertise confiée au Dr F _____, chirurgien orthopédique.
8. Il ressort du rapport établi le 18 juin 2004 par le Dr F _____ que celui-ci a examiné l'assuré les 3 mai et 12 mai 2004 et s'est basé sur un examen approfondi du dossier de la MOBILIERE ainsi que de celui de la SUVA.

Le Dr F _____ a ainsi constaté que l'IRM du 31 mai 2001 mettait en évidence l'existence de lésions dégénératives méniscales tant internes qu'externes du genou droit qu'il a estimées être en relation avec la surcharge pondérale du patient et en a voulu pour preuve que celui-ci avait déjà consulté le Dr C _____ en avril 2001 pour des lésions du genou gauche.

Selon l'expert, il était certain que les ménisques internes et externes du genou droit présentaient déjà des lésions dégénératives importantes en mai 2001, soit six mois avant l'accident annoncé. Il a souligné que le mouvement décrit par le patient le 26 novembre 2001 ne correspondait pas à la définition d'accident généralement admise dès lors qu'il n'y avait pas eu d'action extérieure extraordinaire à ce moment là. Il s'agissait plutôt d'un mouvement entraînant une réactivation brusque d'un état antérieur manifeste et vraisemblablement de la péjoration de celui-ci.

S'agissant de la "rechute" du 13 janvier 2003, l'expert a considéré qu'il s'agissait d'une réactivation de l'état antérieur et non pas d'une rechute en lien avec l'événement du 26 novembre 2001.

Après examen des rapports et radiographies au dossier. Il a posé les diagnostics suivants :

- Status après deux ménisectomies internes et une ménisectomie externe au niveau du genou droit (opérations d'août 1995 et janvier 2002).
- Lésions dégénératives des deux ménisques du genou droit.
- Gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit.

L'expert estimait donc qu'en date du 3 juillet 2002, le statu quo sine avait été retrouvé et que les traitements à partir de cette date n'étaient donc plus à charge de l'assurance-accident, mais bien à charge de l'assurance-maladie.

9. En date du 9 septembre 2004, l'assurance-maladie de l'assuré, la MUTUEL ASSURANCES a refusé d'intervenir, l'incapacité de travail étant due à l'affection sous réserve dont le contrat de l'assuré était grevé à savoir "lésions du genou droit". Elle a conseillé à l'assuré de s'annoncer à l'Office cantonal AI compétent aux fins qu'il se détermine quant à un droit à des indemnités journalières dans le cadre de mesures AI pour un reclassement professionnel.
10. Dans un rapport du 26 septembre 2004 adressé à la mandataire du recourant, le Dr E_____ a confirmé que l'IRM du genou droit effectuée le 3 mai 2004 concluait à des signes d'arthrose débutante tricompartimentale avec une lésion de grade II du ménisque externe. Selon lui, le patient présentait des douleurs du genou droit, secondaires au développement d'une arthrose débutante du genou droit, sur un status après déchirure méniscale interne, traitée par arthroscopie le 25 janvier 2002. Cette lésion était alors secondaire à un traumatisme au travail.

Il a également précisé toutefois qu'il n'était pas du même avis que le Dr F_____ quant à son appréciation du cas. Selon lui, les problèmes rencontrés par l'assuré à ce jour avaient un lien pour le moins probable avec l'accident du mois de novembre 2001.

11. Par pli du 26 novembre 2005, le Dr F_____ a persisté dans les conclusions prises dans son expertise du 18 juin 2004 et réitéré "qu'il ne s'agissait pas d'une déchirure traumatique, mais bien d'une lésion dégénérative des deux ménisques du genou droit, chez un homme en surcharge pondérale d'environ dix kilos, ayant subi en 1995 une ménisectomie partielle des deux ménisques du genou droit". Il a rappelé qu'il n'y avait eu ni accident ni traumatisme au mois de novembre 2001 et que les lésions méniscales décrites ayant nécessité l'arthroscopie de janvier 2002 étaient déjà présentes six mois avant l'événement invoqué et avaient vraisemblablement été plus ou moins réactivées par le faux-mouvement.
12. Par courrier du 18 octobre 2004, la MOBILIERE a fait part à l'assuré de son refus d'intervenir pour la période du 19 mars 2004 au 31 décembre 2004.

13. Le 14 janvier 2005, l'assuré a déposé une demande en paiement par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales dans laquelle il a conclu, préalablement, à la nomination d'un chirurgien en qualité d'expert et, principalement, au versement des indemnités journalières qu'il considérait lui être dues du 19 mars 2004 au 31 décembre 2004, soit 288 jours ou 48'960 fr.
14. Par mémoire réponse du 15 février 2005, la MOBILIERE s'est fondée sur l'expertise du Dr F _____ selon lesquelles les lésions ne résultaient pas de l'accident du 26 novembre 2001 mais étaient le fait de l'état antérieur et en a conclu qu'elles n'étaient pas à sa charge.
15. Dans sa réplique du 7 novembre 2005, l'assuré a maintenu sa position et amplifié le montant de sa demande sollicitant également des indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2005.
16. Dans sa duplique du 30 novembre 2005, la MOBILIERE a maintenu sa position.
17. Sur ce, la cause a été gardée à juger.
18. Les autres faits pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1^{er} LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'évènement dont il est question ici ayant eu lieu le 26 novembre 2001, le cas sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.
4. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1). Selon l'art. 56 al. 1^{er} LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1^{er} LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1^{er} LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir quels troubles sont en relation de causalité avec l'accident du 26 novembre 2001 et sur les obligations qui en découlent pour l'intimée.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, teneur en vigueur au 31 décembre 2002 (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles
- e. les froissements de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84).

En l'espèce, il n'est pas contesté que la lésion correspond à une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let c OLAA, s'agissant de déchirures du ménisque au genou droit. Par conséquent, pour être à la charge de l'assurance-accidents, il suffit que celle-ci ait été déclenchée par une cause extérieure au sens de la jurisprudence précitée sans que cette cause doive être extraordinaire.

7. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, les cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

8. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème

édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

Pour pouvoir apprécier la situation, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

9. En l'espèce, l'expert indépendant désigné, le Dr F _____, a procédé à une anamnèse minutieuse et à un examen approfondi de l'état de santé de l'assuré à deux reprises, soit les 3 et 12 mai 2004. Il s'est par ailleurs basé sur les dossiers complets de la SUVA et de la MOBILIERE, à savoir sur les rapports médicaux et opératoires des médecins ayant examiné le patient auparavant et sur les radiographies pratiquées.

Le rapport est particulièrement circonstancié et l'expert est parvenu à des conclusions claires.

Ainsi, il a constaté notamment que l'IRM du 31 mai 2001 mettait en évidence l'existence de lésions dégénératives méniscales importantes tant internes qu'externes du genou **droit** sans qu'il y ait eu de traumatisme annoncé et ce six mois avant l'accident du 26 novembre 2001. Il a considéré que selon toute vraisemblance le mouvement effectué par le recourant avait entraîné une réactivation brusque d'un état antérieur et une péjoration momentanée de celui-ci.

Selon l'expert, l'IRM du 31 mai 2001 mettait également en exergue le début d'une gonarthrose.

De même, il a considéré que la "rechute" du 13 janvier 2003 était à nouveau une réactivation de cet état antérieur.

L'expert a par ailleurs estimé que le statu quo sine avait été retrouvé dès le 3 juillet 2002, date à laquelle le recourant a du reste repris le travail.

Cette expertise, parfaitement conforme aux réquisits jurisprudentiels, est de manière générale corroborée par les avis des autres médecins consultés par le recourant.

En effet, l'IRM effectuée fin mai 2001 par le Dr C _____ a mis en évidence des lésions dégénératives et ce médecin a été consulté sans qu'il ait été fait état d'un accident qui se serait produit à cette époque.

Par ailleurs, lors de l'arthroscopie du 25 janvier 2002, le Dr D _____ a constaté la présence d'une lésion horizontale intraméniscale de type dégénératif et les radiographies ont montré un début d'arthrose fémoro-tibiale. Le médecin a souligné que l'assuré avait déjà subi une résection du ménisque interne droit en 1995 et qu'une violente douleur était déjà réapparue sans traumatisme annoncé en mai 2001.

Quant au Dr E _____, il a souligné que l'IRM pratiquée le 3 mai 2004 concluait à des signes d'arthrose débutante du genou droit sur un status après déchirure méniscale traitée par arthroscopie le 25 janvier 2002. Le Tribunal de céans constate que, dans ses conclusions, ce médecin a toutefois déclaré ne pas être du même avis que le Dr F _____ quant à son appréciation du cas, notamment quant au lien de causalité naturelle, ce sans autre motivation.

Force est de constater que cette dernière affirmation, contradictoire et non motivée, émanant du médecin traitant, ne saurait être prise en considération et infirmer les conclusions parfaitement étayées et claires de l'expert.

C'est donc à bon droit que l'intimée s'est fondée sur l'expertise du Dr F _____ et a conclu que les douleurs ressenties par le recourant ne résultaient pas de l'événement du 26 novembre 2001, pour autant que celui-ci puisse être assimilé à un accident.

Le lien de causalité naturelle n'ayant pas été établi au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, il n'est de ce fait pas nécessaire d'examiner si la causalité adéquate est donnée.

10. Au vu des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le